UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1915 **THÈSE** N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Sur quelques cas de Fièvre Typhoïde à début anormal

(Formes parotidiennes et méningées)

PAR

Stella HALPERSON

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Ar^t^).

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène dt clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
			ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A Madame Roger MARX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A Monsieur le Professeur LETULLE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL BOUCICAUT

Officier de la Légion d'Honneur

Qui en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse a donné un motif nouveau à notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES

Monsieur le Professeur Paul REGNIER.

Monsieur le Docteur JOUSSET.

Monsieur le Docteur BOULLOCHE.

Monsieur le Professeur NETTER.

Monsieur le Docteur LEPAGE.

Monsieur le Docteur MOSNY.

Monsieur le Docteur FOURNIER.

Monsieur le Docteur CHIFOLIAUX.

Monsieur le Docteur René GAUTHIER.

Monsieur le Docteur CLARET.

Monsieur le Docteur Noel FIESSINGER.

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail et au moment de terminer nos études, nous tenons à adresser nos remerciements à nos maîtres et à tous ceux qui ont guidé nos premiers pas dans la voie médicale, et qui nous ont aidé à atteindre notre but.

Nous avons fait nos débuts d'externat chez Monsieur le Professeur Regnier. Il a été pour la jeune étudiante que nous étions un maître plein d'indulgence.

Nous avons tiré grand profit des connaissances cliniques et bactériologiques acquises sous la direction de M. le Docteur Jousset,

Messieurs les Docteurs Boulloche et Netter nous ont enseigné la thérapeutique infantile et par l'exemple de leur patience et de leur bonté vis à vis de leurs petits malades, nous ont appris à aimer particulièrement les tout petits et à nous intéresser à leurs maladies.

Monsieur le Docteur Lepage a toujours été pour nous un maître rempli de bonté et de patience : pendant les heures pénibles du début de la guerre, nous avons trouvé auprès de lui le reconfort et le soutien moral qui nous

était si nécessaire ; nous regrettons de n'avoir pu profiter plus longtemps de son précieux enseignement.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Monsieur le Docteur Mosny chez lequel nous venons de passer nos derniers mois d'études et qui a bien voulu nous aider dans la composition de ce travail. Nous lui sommes très reconnaissante pour les excellents enseignements qu'il nous a donnés et pour les marques du bienveillant intérêt qu'il a toujours bien voulu nous témoigner.

Enfin nous réservons une place toute spéciale à Monsieur le professeur Letulle qui en acceptant de présider notre thèse a acquis un droit de plus à tous ceux qu'il avait déjà à notre plus profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Lorsque nous étudions la fièvre typhoïde dans les manuels ou les traités de médecine, nous l'y trouvons décrite avec un ensemble de symptômes qu'il est très rare de rencontrer au complet chez les malades que nous avons l'occasion d'observer à l'hôpital ou en clientèle.

La fièvre typhoïde est cliniquement une septicémie à évolution subaiguë et dont les symptômes de début sont extrêmement banaux.

La forme de début normale répond au shéma classique : On se trouve en présence d'un malade jeune, qui a senti ses forces diminuer, alors qu'en même temps il a été pris d'une céphalée accompagnée de bourdonnements d'oreilles, d'épistaxis, d'insomnie. La température s'est élevée progressivement et a atteint 40° au bout d'une semaine environ. Elle se maintient à ce niveau avec des oscillations journalières variant de 0°5 à 1° avec maximum vers 5 heures du soir et minimum vers

3 heures du matin. A ce moment le sujet est abattu, prostré, présente une langue rôtie et fuligineuse ; le ventre est douloureux à la pression, la rate augmentée de volume ; les urines sont rares et chargées, il a une diarrhée séreuse et jaunâtre et l'auscultation des poumons révèle des râles de congestion des bases.

Tous ces signes permettent de soupçonner l'existence d'une fièvre typhoïde, diagnostic que l'apparition des taches rosées lenticulaires, qui sont les élèments caractéristiques de la dothiénentérie, confirmera peu après.

Quand d'une façon tout à fait exceptionnelle, on se trouve en face de cet ensemble de symptômes, le diagnostic n'hésite pas un instant et il est presque inutile de chercher à le contrôler par des examens de laboratoire. Cependant il est des affections qui ont avec la dothiénentérie une telle ressemblance, comme par exemple la tuberculose miliaire aiguë ou l'endocardite à forme typhoïde que, même dans ces cas, le diagnostic doit rester en suspens jusqu'au moment où il est confirmé par le laboratoire.

Mais nombreuses sont les formes qui s'écartent du type classique que revêt la maladie chez l'adulte, et dont la rareté, le mode anormal de début, rendent le diagnostic difficile, sinon impossible. Très souvent les symptômes du début de la fièvre typhoïde sont ceux d'une infection banale ; les malaises qu'accusent le malade, la céphalée, la lassitude peuvent faire supposer un état infectieux dû à tout autre agent que le bacille d'Eberth. Et si parmi ces symptômes d'infection banale,

un symptôme occupant ordinairement le second plan ou même n'existant généralement pas passe au premier plan et revêt une intensité toute particulière, le diagnostic peut facilement s'égarer.

On connaît de nombreuses formes anormales de début de la fièvre typhoïde ; nous citerons : les fièvres typhoïdes à début brusque, début surtout fréquent chez les enfants où il a été signalé par Rillet et Barthez, de Gassicourt, Marfan et dont plusieurs cas ont été récemment rapportés par MM. Vidal, Hertz, Siredey.

Comme le dit M. Vidal, « le malade passe dans ces cas brutalement de l'état de santé complète à l'état de maladie en brûlant une étape, celle de l'incubation ». Les frissons, la fièvre, la céphalée, les vomissements s'installent brusquement et cette brusquerie de début nous fait penser à une toute autre affection qu'à une dothiénentérie.

La pneumo-typhoïde, qui suivant la définition de M. Lépine, comprend « les pneumonies qui marquent le début de la fièvre typhoïde et dont les symptômes dépassent le plus souvent en intensité les symptômes gastro-intestinaux, si bien que la détermination principale de la fièvre semble se faire d'emblée sur le poumon plutôt que sur le tube digestif. »

La pleuro-typhoïde signalée pour la première fois par Lécorché et Talamon et caractérisée par l'association des signes fonctionnels et généraux d'une dothiénentérie normale aux signes physiques d'une pleurésie. Le diagnostic de cette forme est d'ailleurs assez simple du fait

de la discordance entre les signes généraux et les signes pleurétiques locaux.

Il peut encore s'agir de broncho-typhoïde caractérisée par une violente bronchite initiale, de pharyngo-typhoïde avec angine comme manifestation première, d'arthro-typhoïde s'annonçant par des symptômes articulaires violents, de néphro-typhoïde ou comme dans les observations de Bodin et de Wilson, la maladie débute par des douleurs lombaires, de l'albuminurie, des hématuries, des œdèmes, des phénomènes urémiques peu intenses et qui font porter le diagnostic de néphrite à frigore jusqu'au jour où le faciès du malade, la marche de la température ou les taches rosées font songer au vrai diagnostic négligé.

On connaît aussi des cas de fièvres typhoïdes, à début simulant la colique appendiculaire. Enfin on a noté des fièvres typhoïdes débutant par des phénomenes méningés et dont les symptômes en imposent pour une méningite dont on ne reconnaît pas l'origine. Seule une ponction lombaire faite à ce moment révélant la présence du bacille d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien, pourrait déceler la localisation initiale de l'infection tyqhique.

Ce sont ces formes que nous nous proposons d'étudier ici, le hasard nous ayant fourni l'occasion d'en observer 2 cas d'autant plus frappants qu'ils s'accompagnaient d'une localisation parotidienne très rare, qu'ils nous incitèrent en même temps à étudier.

Cette étude est une étude clinique.

Etant donné que les fièvres para-typhoïdes sont actuellement mieux connues, mais qu'on ne peut *au point de vue clinique* les séparer que difficilement des fièvres éberthiennes vraies, le lecteur ne s'étonnera pas de nous voir réunir indifféremment dans cette thèse des observations de fièvres typhoïdes et de fièvres para-typhoïdes.

CHAPITRE I

Les conditions nouvelles d'existence dans lesquelles se trouvent les hommes depuis le début de la guerre ont fait apparaître dans les maladies que nous croyions connaître le mieux, des formes cliniques tout à fait anormales et que l'on n'observait presque jamais en temps de paix.

C'est surtout dans la fièvre typhoïde que ces formes anormales ont été fréquentes et on a eu d'autant mieux l'occasion de les constater, que les cas de fièvre typhoïde ont été plus nombreux depuis la guerre.

Les hommes vivant dans les tranchées, buvant de l'eau fréquemment polluée, obligés souvent de manger ce qu'ils avaient sous la main, enfin, d'endurer des fatigues auxquelles ils n'étaient pas habitués, se trouvent dans des conditions qui fournissent au maximum la propagation de la fièvre typhoïde.

D'autre part, la guerre a favorisé chez beaucoup d'individus l'apparition de troubles psychiques et mentaux. On a noté depuis le début de la guerre de nombreux cas de neurasthénie ou de mélancolie chez des sujets ayant

pu être fatigués avant la guerre et qui étaient peut-être incapables de fournir l'exceptionnelle quantité d'efforts qu'on leur demandait. La confusion mentale avec amnésie a aussi été rencontrée fréquemment depuis le début de la guerre, surtout chez des alcooliques, des fils d'aliénés, des syphilitiques.

Rien d'étonnant à ce que la guerre, ayant produit chez nombre de sujets un ébranlement nerveux assez intense, les formes de fièvres typhoïdes, débutant par des phénomènes méningés, aient été plus fréquentes depuis le début des hostilités.

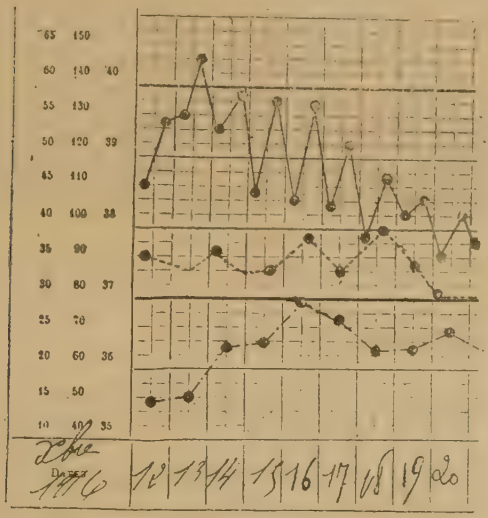
Pour notre part, nous avons eu l'occasion de constater depuis le début de la guerre, quelques cas intéressants de fièvres typhoïdes, ayant débuté d'une façon tout à fait anormale et dont le diagnostic, un instant égaré au début, a pu être fait, grâce aux examens de laboratoire.

Parmi ces formes à début anormal, certaines simulaient d'emblée la méningite cérébro-spinale, d'autres simulaient les oreillons, deux autres enfin qui nous ont spécialement intéressées se présentaient sous forme de parotidite avec phénomènes méningés et ont pu faire pencher un instant notre diagnostic vers la méningite ourlienne.

Ce sont ces deux cas que nous nous proposons de rapporter. Nous citerons ensuite d'autres observations de diverses origines de cas qu'il nous paraît intéressant de rapprocher de ceux-là, a cause du mode de début très particulier de la maladie.

CHAPITRE II

Observation personnelle relevée par nous dans le service de M. le Docteur MOSNY.



La température ——; les urines .....; le pouls —.—.—.—.

Observation I

Le malade Jean Tr....., âgé de 22 ans, soldat au 1[me] d'infanterie, a quitté le front le 9 décembre, alors qu'il

était au repos près d'A..... Depuis quelques jours il était fatigué, avait des maux de tête, des épistaxis, de la diarrhée (2 ou 3 selles par jour).

Le 10 décembre, on l'évacue sur Paris avec le diagnostic fièvre typhoïde. Le voyage que le malade fait, couché sur un brancard, dure 36 heures.

A son entrée à l'hôpital le malade paraît très fatigué ; il est prostré, ne parle pas et semble souffrir beaucoup de la tête. La température est de 40° 5, la langue est saburrale, l'abdomen dur, la fosse iliaque droite légèrement douloureuse. La rate est perceptible à la palpation ; le malade a de la diarrhée ; l'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal.

D'après cet ensemble de signes nous posons le diagnostic de fièvre typhoïde que nous avons l'intention de confirmer par les recherches de laboratoire.

Le lendemain 13 décembre, en examinant le malade on est frappé de voir les deux régions parotidiennes enflées et douloureuses à la pression. Le malade est toujours prostré, la température 38° 9.

A la vue de cette parotidite double le diagnostic d'oreillons se présente à notre esprit.

Le jour suivant, 14 décembre, ce qui frappe dans l'examen du malade est qu'il présente du strabisme interne des deux yeux. En l'examinant avec plus d'attention on note la présence d'autres signes de méningite : raideur de la nuque très marquée, signe de Kernig, céphalée intense. Quant à la parotidite bilatérale, elle existe toujours.

Tous ces signes tendraient à nous en imposer pour une méningite, qui apparaissant à la suite de la parotidite notée la veille, pourrait faire penser à une méningite ourlienne.

On pratique aussitôt la ponction lombaire. Cette ponction donne un liquide clair, non albumineux, ne donnant pas de culot de centrifugation et l'examen au

microscope de ce liquide montre qu'il n'y a pas de lymphocytes, mais révèle la présence de quelques bacilles qui ont tous les caractères du bacille d'Eberth.

Le séro-diagnostic du sang que l'on fait ce jour-là est positif au 1/50 avec le bacille paratyphique B et une hémoculture pratiquée en même temps montre la présence de bacilles dans le bouillon. Par repiquage sur de la gélose on obtient une culture pure de bacilles paratyphiques B.

Nous abandonnons donc le diagnostic de méningite ourlienne et concluons à une dothiénentérie dont le début anormal a été marqué par des phénomènes méningés. D'ailleurs le jour suivant 15 décembre, les signes de méningite ont beaucoup diminué d'intensité : La raideur de la nuque et le signe de Kœrnig ont très notablement diminué ; la parotidite a complètement disparu ; par contre, la température est toujours élevée et le malade encore prostré. L'examen de l'abdomen révèle la présence de taches rosées lenticulaires, la rate est grosse, sensible à la palpation et à la percussion. Le malade a toujours de la diarrhée.

Depuis ce jour la fièvre typhoïde évolue d'une façon normale, la prostration s'atténue et la céphalée diminue, la diarrhée a disparu et a fait place à une constipation opiniâtre.

Dans le cours de sa convalescence, le malade a deux atteintes de phlébite, l'une à la jambe gauche le 15 décembre, l'autre le 5 janvier à la jambe droite : mais ces poussées disparaissent rapidement et à partir du 10 janvier l'apyrexie est complète.

Nous nous sommes donc trouvés en présence d'une fièvre typhoïde à bacille paratyphique B qui en a imposé tout d'abord pour une parotidite ourlienne avec méningite.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est l'apparition simultanée au début de la fièvre typhoïde d'un syndrome méningé et parotidien pouvant en imposer pour les oreillons.

Toutefois on pouvait même cliniquement exclure les oreillons à cause :

de la disproportion entre les phénomènes généraux et la parotidite ;

de la parotidite très légère, simple fluxion parotidienne accompagnée d'une température élevée ;

de la durée de la période de début, accompagnée d'épistaxis, de fatigue, de courbature, de céphalée.

Malgré cela on pouvait penser à établir le diagnostic d'oreillons, car :

la parotidite précoce est rare dans la fièvre typhoïde ;

la méningite précoce l'est également.

La ponction lombaire confirme cette tendance :

Absence de lymphocytose : donc pas de méningite ourlienne ;

Présence de bacilles d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien.

L'hémoculture confirme ce diagnostic.

La culture du liquide céphalo-rachidien n'a pas été faite. Au début le liquide a été recueilli dans un tube non stérilisé. donc pas de culture possible ; on n'aurait pu refaire la ponction que quelques jours après ; nous avons préféré nous en tenir à l'hémoculture.

Observation II (personnelle)

Observation relevée par nous à l'hôpital Boucicaut dans le service de M. le Professeur LETULLE

Bod.... Marie, infirmière, âgée de 46 ans, se plaint depuis quelques jours de fatigue, de courbatures, de céphalée, d'insomnie, et souffre d'une légère douleur au niveau de la colonne cervicale.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Marie B..... a toujours été bien portante, elle est infirmière actuellement dans un service de consultation de médecine et n'est pas en contact avec des typhiques.

C'est le 9 décembre 1914 que l'infirmière s'est plainte pour la première fois ; le début de la maladie remonterait à 4 ou 5 jours.

Lorsqu'on examine la malade on se trouve en présence d'une femme pâle, se plaignant de céphalée violente et d'une douleur dans la région de la nuque. Il n'y a pas de raideur de la nuque, mais les mouvements de flexion, d'extension et de rotation de la tête sont douloureux.

La température est de 38°, la langue est saburrale ; la malade est constipée. On pense à un rhumatisme cervical et on conseille à la malade de prendre de l'aspirine.

Le jour suivant on est frappé chez elle de l'apparition d'une parotidite bilatérale. Les deux régions parotidiennes sont gonflées, rouges, douloureuses à la pression. La salivation est abondante et la mastication douloureuse. La température s'est élevée à 39°. La douleur au niveau de la nuque a augmenté d'intensité et la malade tient sa tête immobile. La constipation est toujours opiniâtre.

L'examen des différents appareils ne révèle rien d'anormal. Le diagnostic d'oreillons se présente à notre esprit.

Le lendemain tous les signes généraux ont beaucoup augmenté d'intensité et la malade présente des phénomènes méningés très marqués.

La céphalée est très violente, frontale et occipitale.

La malade n'est pas prostrée, répondant très bien aux questions qu'on lui pose. La température est montée à 40° ; on constate de la raideur de la nuque, la présence du signe de Kœrnig, une vraie méningitique. Les réflexes tendineux sont normaux, elle a de la photophobie, Elle a vomi le lait qu'elle a pris la veille.

L'examen de l'abdomen ne révèle rien. Il n'y a ni taches rosées, ni douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, ni augmentation de volume de la rate.

Le pouls bat à 86 pulsations à la minute.

La parotidite existe toujours.

Le séro-diagnostic fait au 1/50 est négatif pour le bacille d'Eberth et les bacilles paratyphiques A et B.

La malade donne tout à fait l'impression d'être atteinte d'une méningite qui survenant à la suite de cette poussée de parotidite fluxionnaire, peut faire penser à une ménigite oürlienne.

Marie B....., soignée jusqu'alors dans sa chambre, entre dans le service du professeur Letulle.

Pendant les jours qui suivent les phénomènes méningés tout en existant encore vont en s'atténuant, le parotidite disparaît, mais la céphalée persiste, la malade est de plus en plus prostrée et plongée dans la stupeur, la température se maintient aux environs de 40° avec une légère exacerbation vespérale ; et en présence de ces phénomènes généraux et de cette courbe de température on songe malgre le séro-diagnostic négatif à une dothiénentérie à forme de début anormale.

Environ huit jours après le début de ces phénomènes aigus, le 17 décembre, on remarque sur l'abdomen

l'apparition de taches rosées lenticulaires. A ce moment la malade est plongée dans la stupeur, la langue est rouge, fuligineuse, la rate est perceptible à la palpation, la pression de la fosse iliaque droite est légèrement douloureuse et on se trouve en présence de tous les signes d'une dothiénentérie arrivée à sa période d'état.

La malade est toujours constipée, les urines sont rares et foncées.

Le séro-diagnostic fait le 18 décembre est positif au 1/50 avec le bacille paratyphique A. La culture du sang sur bouillon donne un bacille ayant tous les caractères du bacille paratyphique. Depuis ce jour la fièvre typhoïde évolue d'une façon normale et la malade se rétablit complètement par la suite.

La ponction lombaire n'a pas été faite.

Nous nous sommes donc trouvé encore dans ce cas-là, en présence d'une dothiénentérie débutant par un syndrome méningé et parotidien pouvant en imposer pour une méningite ourlienne et égarer pendant un certain temps le diagnostic.

Ces deux cas nous ayant frappé, nous avons recherché les cas analogues dans la littérature médicale.

Nous n'en avons pas trouvé. Si cette coïncidence parotido-méningée qui rend le diagnostic clinique à peu près impossible est excessivement rare, la localisation parotidienne du début de la fièvre typhoïde n'est guère plus fréquente. Par contre, on connaît un certain nombre de cas de localisations méningées primitives.

CHAPITRE III

Observation III

Observation prise dans le service de M. le Pr. LETULLE.

L'unique cas de début par parotidite de la dothiénentérie que nous ayons rencontré a été observé chez un malade du service de M. le Pr. LETULLE.

Le soldat Aubry, 24 ans, est évacué du front parce qu'il est fatigué depuis plusieurs jours, a des nausées, se plaint de maux de tête. Il a perdu l'appétit, il a des douleurs dans le ventre et de la diarrhée. Il n'a pas pris sa température, mais il avait de la fièvre, surtout le soir.

On l'évacue à l'arrière, et après un passage dans un autre hôpital, il arrive à l'hôpital Boucicaut.

A son entrée dans le service, le malade est dans une prostation extrême. Il se plaint surtout de la tête, répond très difficilement aux questions qu'on lui pose. On arrive à savoir qu'il est malade depuis une quinzaine de jours environ.

Le faciès est pâle, tiré ; la figure est couverte de sueurs, la langue est saburrale, la température à 40°, le pouls est faible, battant à 96 pulsations à la minute.

L'abdomen n'est ni douloureux ni ballonné ; son inspection de l'abdomen ne révèle rien de pathognomique.

La rate est légèrement augmentée de volume.

Le malade a une diarrhée abondante ; les urines sont rares et foncées.

L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal.

Ce qui frappe le plus dans l'examen du malade c'est le gonflement de la région parotidienne droite qui est œdematiée, rouge, très douloureuse à la pression.

Le malade se plaint de douleurs violentes dans l'oreille droite.

Le lendemain la tuméfaction de la parotide a augmenté, la palpation fait sentir un ramollissement de la région parotidienne qui fait supposer la présence de pus.

L'examen de l'oreille révèle l'existence d'une otite moyenne suppurée.

Le malade est toujours dans un état d'adynamie complète, la température est très élevée, la diarrhée est très abondante, fétide.

On décide de pratiquer le séro-diagnostic et l'hémoculture. Le séro-diagnostif est positif au 1/50 et l'hémoculture montre la présence de bacilles d'Eberth dans le bouillon.

Le lendemain le malade est toujours profondément prostré. On incise l'abcès de la parotide. Malgré l'évacuation de pus qui s'ensuivit, le malade succomba le soir même. Sa famille s'opposa à ce qu'on pratiquât l'autopsie.

On s'est donc trouvé chez ce malade en présence d'une parotidite survenue tout au début de la fièvre typhoïde avant que l'ensemble des signes cliniques ait pu permettre d'affirmer le diagnostic.

Si cette parotidite n'a pas égaré le diagnostic, c'est

parce que l'intensité des phénomènes généraux n'était pas en rapport avec la maladie locale et que l'allure du début faisait malgré tout penser à une dothiénentérie, avant que le contrôle du laboratoire soit venu confirmer le diagnostic.

Les parotidites surviennent généralement à la période d'état des fièvres typhoïdes graves ou pendant la convalescence. Elles peuvent être simples ou suppurées, souvent elles se bornent à une simple fluxion parotidienne, c'est-à-dire à un gonflement douloureux de la glande qui disparaît au bout de quelques temps ; elles ont en général un pronostic assez bénin.

Nous ne nous étendrons pas sur ces parotidites survenant au cours de la dothiénentérie et dont les observations sont assez nombreuses.

Nous ne nous proposons en effet ici que d'étudier les difficultés de *diagnostic* qui se présentent en cas de pareille localisation au début de la fièvre typhoïde.

CHAPITRE IV

Les formes cliniques de fièvre typhoïde débutant brusquement par des phénomènes méningés sont rares dans la littérature médicale. On a pu les connaître depuis l'adjonction à la clinique de méthodes de laboratoire permettant de déceler l'infection de l'organisme par le bacille d'Eberth et de retrouver sa présence au niveau des exsudats méningés.

Comme le montrent MM. Claret et Lyon-Caen dans leur étude sur les méningites typhiques jusqu'à la découverte de la ponction lombaire par Quinck en 1891 on s'est contenté de décrire des symptômes méningés survenant au cours de la fièvre typhoïde et de constater des lésions macroscopiques à l'autopsie.

D'abord Taupin, Forget, puis Silva, Mensi Carboue, Breton, Fernet Lacapere, Laignel Lavastine, rapportent des cas de méningites à bacilles d'Eberth constatées après la mort.

A partir de 1891, ont peut dèsormais reconaître à coup sûr la méningite typhique, étudier ses modalités et établir son pronostic.

Les accidents méningés relèvent d'une infection des méninges soit par le bacille typhique (cas constatés sur le vivant et publiés par Wentworth, Guinon et Follemer, Claret et Lyon-Caen, Miligan), soit par un microbe associé comme le staphylocoque (Giraudet), le pneumocoque (Netter), le bacille de Koch (Giraudet, Chantemesse et Ramond), et ces méningites infectieuses reconnaissent la même pathogénie que la plupart des méningites dites primitives, c'est-à-dire qu'elles représentent une localisation sur les méninges de germes qui ont d'abord envahi l'organisme par voie sanguine.

Dans certains cas on a diagnostiqué des méningites typhiques évoluant pour leur propre compte sans concomitance du syndrome dothiénentérique ; dans d'autres cas le syndrome méningé a évolué au cours d'une fièvre typhoïde sans modications du liquide céphalo-rachidien et sans qu'on ait pu y déceler le microbe.

Souvent les phénomènes méningés surviennent au cours d'une fièvre typhoïde confirmée vers le vingtième jour environ. Ce ne sont pas ces cas qui nous intéressent. Si la confusion était là, possible, ce serait vers la granulie que le diagnostic serait égaré, mais parfois le début brutal par des phénomènes de méningite survenant en dehors de tout commémoratif de dothiénentérie peut vraiment égarer le diagnostic et peut faire penser à une méningite aiguë d'agent spécifique inconnu.

Les phénomènes méningés se présentent surtout chez des individus dont le système nerveux est débilité ;

cela peut expliquer la plus grande fréquence de ces cas depuis le début de la guerre.

On conçoit combien ces formes par début méningitiques peuvent facilement égarer le diagnostic, surtout si l'on se trouve dans un milieu où d'autres cas de méningites aiguës de causes différentes auront éclaté. Dans ces cas, seules les recherches de laboratoire pourront permettre d'affirmer la nature des accidents constatés.

NOUS AVONS RÉUNI DANS CE CHAPITRE DES OBSERVATIONS QUI NOUS ONT PARU INTÉRESSANTES, DE FIÈVRES TYPHOÏDES DÉBUTANT PAR DES PHENOMÈNES MÉNINGÉS.

OBSERVATION IV

Observation empruntée à MM. ORTICONI et P. AMEUILLE

Il s'agit d'un malade, Br...., âgé de 38 ans, du 10e régiment d'infanterie, qui est amené à l'ambulance le 8 décembre 1914, dans un état de stupeur profonde. Il ne répond à aucune des questions qu'on lui fait ; à chaque question qu'on lui pose, il manipule sa lèvre inférieure avec sa main droite, mais on n'en obtient aucune réponse articulée. On arrive à lui faire tirer la langue qui est du reste saburrale et à savoir qu'il a mal à la tête. Il n'a pas de diarrhée, tous ses appareils sont à peu près normaux, sa température est de 38°6, son pouls bat à 96 pulsations par minute, il n'a pas de raideur de la nuque ni de signe de Kernig.

Mis en observation, il reste étendu, immobile, sans agitation et sans plainte : on arrive à le faire boire, mais de moins en moins à obtenir de réponse, même par geste. Du sang est prélevé à la veine du pli du coude pour hémoculture et l'hémoculture se montre positive en 24 heures en donnant du bacille d'Eberth nettement caractérisé.

On ne peut avoir aucun renseignement sur ce qui s'est passé avant l'arrivée de Br...., à l'ambulance, néanmoins il est facile de calculer qu'il ne peut guère être arrivé avant le cinquième jour de la maladie,

Le 11 décembre au matin, le coma est absolument complet, la respiration stertoreuse est précipitée, la température à 39°5, le pouls à 92.

Le malade présente de la raideur de la nuque, tellement marquée, qu'on peut presque l'asseoir en passant la main derrière l'occiput ; le signe de Kernig existe, il n'y a pas eu de garde-robes depuis son arrivée à l'ambulance, la langue est sèche et rotie. En présence ce cet ensemble de symptômes, on pratique la ponction lombaire. On extrait sans peine mais goutte à goutte, un liquide céphalo-rachidien clair, non albumineux, mais qui donne après centrifugation un culot à peine appréciable ; dans le culot de centrifugation, on trouve des leucocytes, naturellement en petit nombre, polynucléaires intacts et lymphocytes à peu près dans la proportion de 6 lymphocytes pour 4 polynucléaires. Enfin et cela d'une façon très nette, quelques bacilles Gram-négatifs.

L'ensemencement du culot de centrifugatien en bouillon, donne en quelques heures un trouble très net, avec productions d'ondes moirées par agitation et odeur caractéristique de l'Eberth.

A l'examen microscopique, on trouve un bacille ne prenant pas le Gram et nettement agglutinné par du sérum Eberthien. Il s'agit donc indiscutablement de bacilles d'Eberth présents dans le liquide céphalo-rachidien

chez un malade, qui en a d'autre part, dans le sang.

Br...., meurt le soir même et l'autopsie est pratiquée le 12 décembre au matin. L'examen des centres nerveux, fait soigneusement, ne dénote aucune lésion appréciable, le cerveau n'est même pas congestionné, il n'y a pas d'exsudats, le seul fait anormal est la présence en plus grande abondance que normalement de liquide céphalo-rachidien dans les espaces sous-arachnoïdiens et dans les ventricules cérébraux qui sont distendus.

A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve rien de particulier dans le péritoine ; les plaques de Peyer sont visibles à l'extérieur de l'iléon grâce à l'infection de la paroi sous-jacente et à la teinte chamois qu'elle a prise.

Toutes ces plaques de Peyer commencent à s'ulcérer : elles sont en effet incomplétement recouvertes par des escarres en voie d'exfoliation. La rate est volumineuse (400 grammes) et diffluente. Le foie, les reins, le cœur, les surrénales ne présentent aucune lésion appréciable. Le poumon droit présente à sa base quelques nodules de broncho-pneumonie ; le lobe inférieur du poumon gauche est le siège d'une splénisation intense.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est que, comme le disent MM. Orticoni et Ameille dans leur communication, l'on s'est trouvé en présence d'une fièvre typhoïde contrôlée par l'hémoculture et l'autopsie qui s'est présentée cliniquement, comme une méningite cérébro-spinale, et ce diagnostic, au moment de l'examen, avait une telle vraisemblance que l'on se préparait à faire une injection de sérum anti-méningococcique au malade.

Observation V

Observation due à MM. ORTICONI et AMEUILLE.

Nob..., me bataillon de chasseurs à pied, 26 ans, du recrutement de Paris, entre à l'ambulance le 26 novembre 1914. A son entrée il présente une perte de connaissance absolue, avec des vomissements, de la raideur de la nuque et une température de 38° 7.

Par l'interrogatoire des camarades qui l'ont amené on a pu savoir qu'il s'était présenté au médecin de son bataillon quinze jours auparavant pour diarrhée légère, sans fièvre, ni céphalée, ni épistaxis, ni courbatures. L'appétit était bien conservé et après un jour de mise en observation le malade a repris son service jusqu'au 25 décembre sans incident.

Toute la partie importante du début a dû se passer dans la nuit du 25 au 26 décembre. Le malade ne s'est plaint à personne ; il a été trouvé un matin dans la cour par ses camarades.

A son entrée à l'ambulance, 10 heures du matin, attitude typique, en chien de fusil, raideur de la nuque, signe de Kernig, vomissements bilieux. Rien du côté des pupilles. Les mouvements de flexion et d'extension du cou arrachent quelques gémissements accompagnés de grimaces. Un peu de raideur des membres supérieurs ; le malade résiste quand on veut lui étendre les bras.

Une ponction lombaire, pratiquée immédiatement, donne issue à un liquide trouble en état d'hypertension.

Les 25 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien retirés sont aussitôt remplacés par 20 c. c. de sérum anti-méningococcique en injection intra-rachidienne. Dans la journée, aucune amélioration ; le soir

la température est à 30° : le lendemain 27 novembre, nouvelle ponction suivie d'injection de 30 c. c. de sérum antiméningococcique. La malade meurt dans la matinée.

Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien, liquide trouble donnant par centrifugation un culot abondant. L'examen cytologique montrant 95 o/o de polynucléaires en cytolyse et 5 o/o de lymphocites et de grands mononucléaires.

La coloration sur lame montre encore la présence de diplocoques en grains de café, intra et extra cellulaires qui ne prennent qas le Gram.

De plus, on voit très nettement des bacilles extra-cellulaires qui ne prennent pas le Gram.

On ne peut cultiver le diplocoque faute de milieux gélosés, mais l'encemensement sur gélose simple donne en douze heures un bacille à type Eberthien agglutiné par un sérum spécifique.

L'autopsie n'a pu être faite.

L'Hémoculture n'a pas été faite.

Cependant il semble bien qu'il s'agisse dans ce cas d'une fièvre typhoïde dont le début eût été marqué par des phénomènes méningés et dont l'agent infectieux ait été le bacille d'Eberth associé à un diplocoque qui ressemblait au méningocoque.

Dans la littérature médicale, les cas rapportés de fièvre typhoïde débutant par des accidents méningés sont extrêmement rares.

MM Claret et Lyon-Caen ont trouvé 13 cas de méningite aiguë due au bacille d'Eberth, mais dans nombre de ces cas les accidents méningés étaient apparus au cours d'une dothiénentérie confirmée. Ils rapportent deux cas de méningite éberthienne où le diagnostic fut

fait grâce à la ponction lombaire dont la culture fut positive ; les accidents étaient survenus brusquement sans que l'on puisse soupçonner la dothiénentérie qui apparut une dizaine de jours après et évolua normalement vers la guérison.

Observation VI

M. Hirtz a communiqué à la Société médicale des hôpitaux en 1911 le cas d'une malade de 23 ans qui présentait une température très élevée et un syndrome méningé typique. La ponction lombaire permit de retirer un liquide hypertendu, mais ne renfermant pas de leucocytes et contenant une proportion normale d'albumine. Cette ponction lombaire fit disparaître rapidement la céphalée, la température descendit en lysis et la convalescence s'installa. Le séro-diagnostic était positif le douzième jour.

Il s'agissait donc bien là encore d'une fièvre typhoïde ayant débuté par un syndrome méningé.

Observation VII

MM. Lemierre et Joltrain ont communiqué à la Société médicale des hôpitaux l'histoire d'un homme qui fut atteint brusquement de méningite aiguë grave.

Le début en fut marqué par des douleurs intenses

dans l'oreille gauche et un écoulement séreux passager par le conduit auditif externe. L'absence de tout prodrome, la prédominance manifeste des symptômes méningés (céphalée, contractures, vomissements, délire sur les symptômes d'infection générale splénomégalie, diarrhée) ne permettaient pas de soupçonner une fièvre typhoïde.

Seul l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et du sang, en montrant la présence du bacille d'Eberth permit de diagnostiquer la maladie. La mort survient au septième jour. A l'autopsie on trouva une méningite suppurée et de la tuméfaction des plaques de Peyer.

CONCLUSION

La fièvre typhoïde étant en somme, surtout à son début, une maladie à caractères cliniques extrêmement vagues et diffus, sans autres signes de localisation précise que ceux portant sur l'appareil digestif, et dont l'apparition tardive et la banalité ne peuvent constituer un élément de certitude, on comprend qu'on soit facilement égaré quand elle revêt dès l'origine une localisation précise simulant une maladie locale.

Parmi ces cas de fièvres typhoïdes débutant d'une façon anormale se trouvent les localisations primitives parotidiennes et méningées. On conçoit combien dans ces diverses formes le diagnostic peut être parfois difficile. Lorsque la maladie présentera un début méningitique, lorsque l'on se trouvera dans un milieu où d'autres cas de méningites aiguës de causes différentes auront éclaté, ce ne sera souvent qu'au prix de patientes et minutieuses recherches de laboloire que l'on pourra affirmer la nature des accidents constatés.

Parmi ces procédés de laboratoire l'hémo-culture permettra d'affirmer qu'il s'agit bien d'une fièvre typhoïde et rendra tangible l'agent microbien de la maladie, alors que la ponction lombaire évitera de tomber dans une facile erreur.

On ne saurait donc trop recommander de pratiquer dans un milieu où la fièvre typhoïde est à craindre, en présence de semblables signes de localisation, ces examens somme toute assez simples.

Ils permettront d'instituer un traitement utile et précoce et d'éviter ainsi des complications qui pourraient survenir à la suite d'une trop longue hésitation.

Vu :
Le Président de Thèse,
LETULLE.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Widal. — Fièvres typhoïdes à début brusque. Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. Juin 1900.

Lépine. — Revue de médecine 1878.

Lecorché et Talamon. — Etudes médicales 1881.

Claret et Lyon-Caen. — Gazette des Hôp. 1909. Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. juillet 1909.

Widal. — Bulletin de la Soc. Medicale des Hôp Paris 1901-1902.

Bergé. — Bullet, de la Soc. Med. des Hôp. nov. 1911.

H. Bernard. — Gazette des Hop. 1901.

Orticoni et P. Ameille. — Bulletin de la Soc. med. des Hôp. 1915. Presse médicale, mars 1915.

Chantemesse et Ramond. — Bulletin de la Société med. des Hôp. 1897.

Régis. — Presse médicale, mai 1915.

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry,
26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.